The Effect of Spiritual Skills Training on the State of Hope in Mothers with Intellectual Disabled Children

Maryam Safara[1*], Minoo Khanbabaee[2], Mina Khanbabaee[2]

[1]Department of Psychology, Women's Research Institute, Alzahra University, Tehran, Iran
[2]Department of Psychology, University of Science Research, Ghazvin, Iran

Article Info:

Received: **27 Jun 2019** ***Revised:*** **2 Sep 2019** ***Accepted*****: 6 Oct 2019**

ABSTRACT

Introduction: The birth of children with intellectual disability may exert adverse effects on mothers and reduce their state of hope. In the meantime, a spiritual skill training program may promote the adaptation ability in critical situations and improve interpersonal relationships and problem solving skills, which ultimately empower this group of mothers. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effect of spiritual skills training on the state of hope in mothers with intellectual disabled children. ***Materials and Methods:*** This is a pretest- posttest control group experimental research. For the assessment expectancy, Snyder's hope scale was applied. The data presented here was obtained from 20 mothers having children with intellectual disability. They were selected via a convenience sampling method. 10 mothers in the experimental and 10 mothers in the control group were assigned randomly. The experimental group received the educational interventions through eight sessions (90-120 minute). The post-test was taken after the intervention. ***Results:*** Spiritual skill training program significantly improved the state of hope in mothers with intellectual disabled children. ***Conclusion:*** Planning a training program for mothers with intellectual disabled children could be used to improve their state of hope.

Key words:

1. Spirituality
2. Life Expectancy
3. Intellectual Disability

***Corresponding Author:** Maryam safara

E-mail: *m.safara@alzahra.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]

تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

مریم صف آراء[۱*]، مینو خانبابایی[۲]، مینا خانبابایی[۲]

[۱]گروه روانشناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

[۲]گروه روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات، قزوین، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۶ تیر ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۱۱ شهریور ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۱۴ مهر ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: تولد یک کودک کم‌توان ذهنی ممکن است تأثیرات نامطلوبی بر مادران داشته و امید به زندگی آن‌ها را کاهش دهد. در این میان برنامهٔ آموزش مهارت‌های معنوی ممکن است توانایی سازگاری در موقعیت‌های بحرانی را ارتقا بخشد و روابط بین فردی و مهارت‌های حل مسئله را بهبود بخشد که در نهایت این گروه از مادران را توانمند می‌کند. از این رو هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. ***مواد و روش‌ها:*** این یک مطالعهٔ آزمایشی از نوع پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای ارزیابی امید از پرسشنامهٔ امید اسنایدر استفاده شد. اطلاعات ارائه شده در اینجا از ۲۰ نفر از مادران دارای کودک معلول ذهنی به دست آمده است. آن‌ها به روش نمونهٔ در دسترس انتخاب شدند. ۱۰ مادر در گروه آزمایش و ۱۰ مادر در گروه کنترل به طور تصادفی قرار گرفتند. گروه آزمایش مداخلات آموزشی را طی ۸ جلسه (۹۰ -۱۲۰ دقیقه) دریافت کردند. پس‌آزمون بعد از مداخله انجام شد. ***یافته‌ها:*** برنامهٔ آموزش مهارت‌های معنوی امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی را به طور معنی‌داری بهبود بخشید. ***نتیجه‌گیری:*** برنامه‌ریزی یک برنامهٔ آموزشی برای مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند در جهت بهبود امید به زندگی آن‌ها استفاده شود.

کلید واژه‌ها:

۱. معنویت
۲. امید به زندگی
۳. کم‌توان ذهنی

* **نویسنده مسئول:** مریم صف آراء

آدرس الکترونیکی: *m.safara@alzahra.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]

مقدمه

کم‌توانی ذهنی[1] اختلالی است که در طول دورهٔ رشدی شروع می‌شود و شامل نقص‌هایی هم در عملکرد ذهنی و هم در عملکرد سازگارانه در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی است (۱). حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویداد نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود؛ از آنجایی که والدین قبل از تولد فرزندشان، انتظار یک کودک سالم با ویژگی‌های طبیعی را دارند، تولد یک کودک کم‌توان ذهنی، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در والدین فراهم می‌کند (۲).

عوامل متعددی همچون اختلالات جسمانی و روانی از جمله افسردگی و اضطراب و در سطح محیطی؛ مسائل اقتصادی و اجتماعی می‌تواند بر خانواده‌های دارای کودک کم‌توانی ذهنی تأثیر گذارد (۳). وجود این مشکلات، خانواده و به‌خصوص مادر را به‌عنوان مراقب دایمی در شرایط ویژه‌ای قرار می‌دهد و این مادر است که بیشترین بار مشکل را به دوش می‌کشد (۴). تلاش مادر نیز برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب کودکشان معمولاً به نتیجهٔ مطلوب نمی‌رسد، لذا پذیرش و سازگاری با این واقعیت برای مادران تلاش بیشتری را در مقایسه با کودکان عادی می‌طلبد (۵). مطالعات زیادی نیز حاکی از استرس و فشار زیادی بر مادران کودکان کم‌توانی ذهنی است (۶).

در مجموع، چنین شرایطی می‌تواند سبب گوشه‌گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، احساس خود کم‌بینی و بی‌ارزشی در مادر شود و پیامدهای منفی همچون اضطراب، پرخاشگری، عزت‌نفس پایین را در مادران به دنبال داشته باشد و سلامت آن‌ها را به خطر اندازد یکی از مهم‌ترین منابع زمینه‌ساز این گروه از مشکلات روانشناختی از دست دادن امید به زندگی در این مادران است (۲). برندون[2] نیز طی پژوهشی نشان داد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی زمان اشتغال کمتری دارند و زمان کمتری برای پرداختن به فعالیت‌های لذت‌بخش و تفریحات و مراقبت‌های شخصی دارند و در نتیجه آسیب‌پذیرتر می‌شوند و این موضوع مادر را به سمت ناامیدی سوق می‌دهد (۷).

اسنایدر[3] امید[4] را توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها تعریف می‌کند (۸). امید نیرویی هیجانی است که به انسان‌ها انرژی می‌دهد و مجهزشان می‌کند و مانند کاتالیزوری برای کار و فعالیت عمل می‌نماید. امید به انسان انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی که زندگی بر آن‌ها تحمیل می‌کند، را می‌دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (۹). تیلور و براون[5] نیز مؤثر بودن افکار امیدوارانه و باورهای مثبت بر سلامت عمومی را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۰).

ناامیدی به‌عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد. فقدان امید به زندگی و هدف‌دار نبودن منجر به ایجاد باورهای یأس‌آور و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۱). مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی، امیدواری کمتری را نسبت به سایر مادران دارای کودکان عادی تجربه می‌کنند (۱۲) که این گروه از مادران را نیازمند دریافت مداخلات می‌کند؛ استفاده از آموزه‌های معنویت می‌تواند در ارتقای سازگاری، تطابق در امور مربوط به سلامت و امیدواری مؤثر باشد (۱۳).

معنویت[6]، تلاش انسان برای برقراری رابطه با خود، خداوند، طبیعت و انسان‌های دیگر است. معنویت بعدی در وجود انسان است که برای تعالی اوست و با «انسان شدن» رابطه دارد. معنویت، حس تعلّق و پیوند به یک بعد متعالی و فراتر از جهان مادی است که می‌تواند به صورت مجموعه‌ای از باورها و عقاید و رفتارها باشد (۱۴). معنویت یکی از توانمندی‌های انسان است که راه‌های کنار آمدن و راهبردهای حل مسئله را برای افراد فراهم می‌کند و به‌عنوان یک منبع از حمایت اجتماعی، در برابر سردرگمی‌ها و مصیبت‌ها، احساسی از معنی‌داری را در قلبشان ایجاد می‌کند و به مردم احساسی از کنترل غیر مستقیم بر روی پیشامدها می‌دهد که در نهایت به کاهش انزوا و تنهایی در افراد منجر می‌شود (۱۵).

مذهب و معنویت، مجموعه‌ای را ارائه می‌دهد که از راه آن‌ها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (۱۶). به همین دلیل است که پژوهش‌ها نشان می‌دهد معنویت پیش‌بینی کنندهٔ قوی برای امید و سلامت روان است (۱۷). به‌عنوان مثال پژوهشگران نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های معنوی، مثل ترغیب به دعا و ذکر به‌عنوان یک نوع از مراقبه، به بهبود بیشتر و سریع‌تر بیماران کمک می‌کند (۱۸). پژوهش‌ها نشان دادند آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مؤثر است از جملهٔ این پژوهش‌ها؛ پژوهش کمری و فولادچنگ نشان داد آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان تأثیر معنی‌داری دارد (۱۵). کمری سنقرآبادی و فتح آبادی نشان دادند جهت‌گیری مذهبی و امید به زندگی در میزان رضایت از زندگی نقش دارد (۱۹). نتایج پژوهش قهرمانی و نادی حاکی از رابطهٔ معنی‌دار

[1] Intellectual disability
[2] Brandon
[3] Snyder
[4] Expectancy
[5] Taylor and Brown
[6] Spirituality

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]

بین مؤلفه‌های مذهبی -معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز بود (۲۰). دیپیرو[7] در مطالعه‌ای اذعان داشت جوانان امیدوار، اضطراب کمتری از خود نشان می‌دهند زمانی که معنویت در آنان بیشتر است (۲۱). طهماسبی‌پور و همکاران در پژوهشی نشان داد که بین هوش معنوی ، امید به زندگی و خودتنظیمی رابطهٔ مثبت وجود دارد (۲۲). سوزا[8] و همکاران در مطالعه‌ای بر مراقبان سالمندان نشان داد بین معنویت و امید رابطهٔ مثبت و قوی وجود دارد (۲۳). اولیور[9] و همکاران در مطالعهٔ خود روی سالمندان نشان دادند رابطهٔ معنی‌داری بین معنویت و امید وجود دارد (۲۴). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند آموزش معنویت بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان (۲۶، ۲۵)، مبتلا به دیابت (۲۷) و مبتلا به عروق کرونر (۲۹، ۲۸) نیز مؤثر است.

در تحقیقات صورت گرفته بین ابعاد معنوی با متغیرهایی از قبیل رضایت زناشویی، سلامت روانشناختی، بهزیستی روانشناختی، ثبات هیجانی، امیدواری و رضایتمندی از زندگی رابطه وجود داشته است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تاکنون پژوهشی به مطالعهٔ اثربخشی آموزش معنویت بر بهبود امید به زندگی مادران کودکان کم‌توانی ذهنی نپرداخته است و از آنجایی که امید به زندگی شاخصی است که با بالا بردن سطح آن‌ها در زندگی مادران دارای کم‌توان ذهنی می‌توان از بسیاری از مسائل این قشر جلوگیری کرد، یکی از راهکارهای کمک به این افراد پرورش معنویت از طریق بالا بردن شناخت ابعاد مختلف خود، معنادهی به زندگی و جست و جوی هدف، مقابله‌های معنوی چون توکل، شکر، بخشش، دعا و ذکر و کمک به بازگرداندن آن‌ها به اصل خویش و کم رنگ کردن مشکلات و دل مشغولی‌های آن‌هاست.

با توجه به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده، پژوهش حاضر به دنبال تعیین بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک معلول ذهنی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون -پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ مادران دارای کودکان معلول ذهنی شهر تهران است که فرزندانشان در سال ۹۷-۹۶ در مدارس استثنایی شهر تهران مشغول تحصیل و دریافت خدمات توانبخشی بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر نمونه‌گیری در دسترس بود، به این معنی که از بین کل جامعهٔ هدف تعداد ۲۸ مادر دارای کودک معلول ذهنی که فرزندانشان در مدرسهٔ استثنایی شهید ساریخانی مشغول تحصیل بودند به صورت نمونه انتخاب و سپس از بین آن‌ها ۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل، به طور تصادفی جایگزین شدند. با توجه به شرایط دشوار مادران دارای کودک کم‌توانی ذهنی برای نگه‌داری و مراقبت دایمی و با توجه به اینکه این کودکان علاوه بر معلولیت ذهنی، مسائل جسمانی و مشکلات رفتاری متعددی دارند، برخی مادران شرکت‌کننده در جلسات آموزشی پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نبودند و به علل متعددی چون بیماری فرزندانشان، نمی‌توانستند در تمامی جلسات شرکت کنند و این باعث شد، نمونه‌ها از ۲۸ نفر به ۲۰ نفر کاهش یافت. مادران در صورت تمایل به شرکت در این برنامهٔ آموزشی با داشتن سن ۵۵-۲۵ سال، دارای حداقل یک فرزند کم‌توانی ذهنی، با داشتن تحصیلات (حداقل پنجم ابتدایی به بالا) وارد مطالعه شدند و در صورت داشتن سن بالاتر از ۵۵ و کم‌تر از ۲۵ سال و شرکت آن‌ها در کلاس‌های آموزشی مشابه این پژوهش، از مطالعه خارج شدند.

آموزش مهارت‌های معنوی به صورت گروهی طی ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تا ۲ ساعت انجام گرفت. بدین صورت که گروه آزمایش به صورت هفتگی در جلسات آموزشی شرکت کردند این جلسات هفته‌ای دو مرتبه برگزار گردید و گروه کنترل در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند، گروه آزمایش نیز در حین آموزش مهارت‌های معنویت در معرض مداخلهٔ دیگری قرار نداشتند. برنامهٔ آموزش مهارت‌های معنوی در این پژوهش طبق متون علمی و منابع اطلاعاتی طراحی شد؛ بدین ترتیب مقالاتی که بیشترین همسویی را با هدف برنامهٔ پژوهش حاضر داشتند به صورت کامل مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند و با جمع‌بندی منابع اطلاعاتی که مرتبط با هدف برنامه بود و همچنین کتاب‌های آموزش مهارت‌های معنوی و آموزش مهارت‌های معنوی، مورد تحلیل قرار گرفته و برنامهٔ آموزش مهارت‌های معنوی تدوین شد (۳۰، ۱۴).

بستهٔ آموزش پیش رو شامل بخش‌های معنویت می‌باشد که در این پژوهش مدنظر قرار گرفته است و با محوریت مباحثی چون خودآگاهی، بعد معنویت انسان، روش‌های مقابله، توکل، بخشش، صبر، ذکر و دعا، به همراه ارائهٔ تمرین در هر جلسه و بررسی آن در جلسهٔ بعد برای گروه آزمایش اجرا گردید. رئوس مطالب عنوان شده طی این جلسات شامل مفاهیم جدول ۱ بود.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامهٔ امید به زندگی بود که در ادامه به توضیح آن‌ها پرداخته شده است.

[7] Dipierro
[8] Souza
[9] Oliver

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]

جدول ۱- برنامهٔ آموزش مهارت‌های معنوی.

جلسات آموزش	عنوان و روند جلسات
جلسهٔ اول	معارفه، اطلاع از دلایل تشکیل جلسات، آشنا کردن افراد با ویژگی‌های خودآگاهی و ابعاد مختلف انسان و تأثیر بعد معنوی در زندگی انسان
جلسهٔ دوم	ارائهٔ معنابخشی به زندگی و تعیین هدف و تأثیر اهداف متعالی در زندگی
جلسهٔ سوم	ارائهٔ موضوع مقابلهٔ هیجان مدار و مسئله مدار با مسائل و مشکلات و بحث در مورد مقابله‌های معنوی
جلسهٔ چهارم	گفتگو در مورد توکل و ایمان به خدا و راهکارهای مرتبط با آن
جلسهٔ پنجم	ارائهٔ موضوع بخشش و بیان آثار و فواید آن
جلسهٔ ششم	گفتگو در مورد مفهوم شکر و بیان آثار و فواید آن
جلسهٔ هفتم	بیان فلسفهٔ سختی‌ها و ارائهٔ حل مسئله با رویکرد معنوی
جلسهٔ هشتم	دعا و ذکر و جمع‌بندی تمام جلسات و جلسهٔ پایانی

پرسشنامهٔ امید به زندگی

این پرسشنامه توسط اسنایدر و همکاران طراحی شده است (۳۱). این ابزار دارای ۱۲ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً غلط) تا چهار (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود و هر چقدر نمرهٔ آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای ویژگی (امید) است. بنابراین دامنهٔ نمرات بین ۸ تا ۳۲ خواهد بود. چهار مؤلفهٔ عامل (سؤالات ۲-۹-۱۰-۱۲) و ۴ سؤال مربوط به مؤلفهٔ گذرگاه (سؤالات ۱-۴-۶-۸) است. ۴ سؤال دیگر (۳-۵-۷-۱۱) انحرافی بوده و نمره‌گذاری نمی‌شود. مجموع نمرات زیرمقیاس‌های عامل و گذرگاه نمرهٔ کلی امید را مشخص می‌کند. آنان پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۸۰ درصد گزارش کردند. همسانی درونی کل آزمون ۷۴ درصد تا ۸۴ درصد است و پایایی آزمون -بازآزمون ۸۰ درصد و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است، به‌علاوه داده‌های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامهٔ امید و مواردی که می‌تواند پیش‌بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت‌نفس همبستگی ۵۰ درصد تا ۶۰ درصد دارد (۳۲). در پژوهشی که بر روی ۶۹۷۰ دانشجو در تهران انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۸۶ درصد به دست آمد و از طریق بازآزمایی ۸۱ درصد به دست آمد (۳۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی میانگین ± انحراف معیار استفاده شد. تحلیل داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد امید به زندگی را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد و همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین متغیر امید به زندگی در گروه آزمایش و در پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($P<0/05$).

بر اساس یافته‌های جدول ۳، مفروضهٔ نرمال بودن در متغیر پژوهش با سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید شد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای امید به زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل.

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
امید به زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۷/۰۰	۱۱/۸۳
		پس‌آزمون	۷۲/۲۲	۱۰/۱۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۷/۱۱	۶/۲۵
		پس‌آزمون	۶۷/۳۳	۷/۰۲

جدول ۳- کولموگروف -اسمیرنوف و آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی مفروضهٔ نرمال بودن متغیر پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون.

نرمال بودن توزیع		کولموگروف -اسمیرنوف		
		آماره	درجهٔ آزادی	معنی‌داری
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۰/۱۸	۱۸	۰/۱۰
	پس‌آزمون	۰/۱۶	۱۸	۰/۲۰

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]

جدول ۴- آزمون F لوین برای بررسی مفروضهٔ یکسانی واریانس‌های خطا در گروه مورد مطالعه.

متغیرها	شاخص‌های آماری			
	درجهٔ آزادی ۱	درجهٔ آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
امید به زندگی	۱	۱۶	۲/۵۰	۰/۱۳

جدول۵ – نتایج تحلیل واریانس بر روی نمرات تعدیل شدهٔ متغیر امید به زندگی پس‌آزمون.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازهٔ اثر
گروه	۵۲/۱۲	۱	۵۲/۱۲	۹/۱۹	۰/۰۰۹	۰/۳۹
خطا	۷۹/۴۰	۱۴	۵/۶۷	–	–	–
کل	۱۲۲۴۲/۰۰	۱۸	–	–	–	–

در جدول ۴ نتیجهٔ آزمون لوین جهت بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌های خطا آورده شده است.

بر اساس یافتهٔ جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون معنی‌دار است. همچنین با کنترل عامل پیش‌آزمون مقدار F جهت تفاوت بین دو گروه معنی‌دار مشاهده شد ($P<0/05$, $F=9/99$)، بدین معنا که با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری در نمرهٔ امید به زندگی بین گروه آزمایش و کنترل شده است. مقدار مجذور اتا برابر است با ۰/۳۹، بدین معنا که حدود ۳۹ درصد تغییرات در واریانس امید به زندگی مربوط به متغیر مستقل است. بنابراین با توجه به جدول بالا با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان اظهار داشت که آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک معلول ذهنی مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مداخلات نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر است. بدین معنا که آموزش مهارت‌های معنوی باعث افزایش امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شده است. در تأیید نتایج پژوهش حاضر می‌توان به مطالعاتی اشاره کرد، مطالعهٔ سلیمی و همکاران بر امید به زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر حاکی از اثربخشی خود مراقبتی معنوی به شیوهٔ گروهی بود (۲۸). رحمانیان و همکاران نیز در مطالعهٔ خود اذعان داشتند که معنویت‌درمانی گروهی منجر به بهبود امید به زندگی و سبک زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است (۲۵). همچنین نتایج بررسی دیپرو (۲۱)؛ طهماسبی‌پور (۲۲)؛ سوزا (۲۳)؛ اولیور (۲۴)؛ سلطانی و همکاران (۲۳)؛ صمدی فردی (۲۷)؛ کمری سنقرآبادی و فتح آبادی (۲۰) نیز با نتایج این مداخله همخوانی دارد.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی نارضایتی بیشتری از زندگی نسبت به سایر مادران تجربه می‌کنند (۳۴) و این برگرفته از شرایط ویژهٔ فرزندان و عدم پذیرش شرایط موجود آن‌هاست که این امر مادر را در معرض برداشت‌های منفی از موقعیت خود قرار می‌دهد. شرکت آن‌ها در جلسه‌های آموزشی مهارت‌های معنوی موجب می‌شود به لحاظ عاطفی پذیرش بیشتری نسبت به شرایط خود داشته و منجر به رضایت بیشتر آن‌ها از زندگی گردد. آموزه‌های معنوی باعث می‌شود تا افراد وقایع منفی را به شیوهٔ متفاوتی ارزیابی کنند. این امر ابتدا سبب ایجاد حس کنترل بر خود و محیط و سپس کاهش اضطراب می‌گردد (۳۵). همچنین مداخلهٔ معنوی به فرد کمک می‌کند تا به رغم مشکلات فراوان در زندگی بر کمبودها و ناکامی‌ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی امید و هدف در زندگی و اتصال به خدا باشند و در نتیجه زندگی خود را معنی‌دار کنند. هدفمندی و اعتقاد به آیندهٔ بهتر، از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان بوده و می‌تواند در حفظ امید در شرایط سخت زندگی تأثیرگذار باشد (۳۶). در همین راستا مطالعهٔ بخشی‌زاده و همکاران بر روی مادران دارای کودکان آهسته گام، حاکی از اثربخشی آموزش‌های مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر مهارت‌های رضایتمندی زوجیت و تاب‌آوری معنوی بوده است (۳۷). همچنین تحقیق کافمن[10] و همکاران نیز نشان داد که مادران دارای کودکان آهسته گام با اعتقادات مذهبی بیشتر، از استرس کمتری در نگهداری از کودکان خود برخوردارند (۳۸).

همچنین تأثیر آموزه‌های معنوی در بهبود امید را می‌توان از جنبه‌های شناختی در نظر گرفت. این آموزه از بعد شناختی، بر یافتن معنا برای پدیده‌ها و رویدادهای مشکل و آسیب‌زا، همچنین شکست‌ها، کمبودها و نرسیدن به اهداف موردنظر تمرکز دارد و با توجه به شرایط این مادران که آن‌ها را بیشتر در معرض افسردگی قرار می‌دهد؛ ممکن است آن‌ها را دچار سردرگمی نموده و انگیزهٔ پیشرفت را در آن‌ها از بین ببرد. بنابراین با یافتن معنا در زندگی، می‌توان نیروی بیشتری در آن‌ها ایجاد نمود که مشکلات را

[10] Kaufman

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]

کمتر احساس کرده و بتوانند موانع را از سر راه بردارند (۲۵) که این فرایند منجر به افزایش معنی‌دار امید به زندگی این مادران در اثر آموزه‌های معنوی می‌شود. فتحی و امرانی در مطالعهٔ خود اذعان داشتند دین و باورهای دینی سبک‌های مقابله‌ای افراد را در برابر مشکلات تقویت می‌کند و با استفاده از کارکردهای معنویت در ارتباط دادن انسان به خداوند، به مثابه منبع آرامش، فرد را از تنش، استرس و آسیب‌های روزمره دور می‌کند. همچنین دین‌داری و معنویت در سطح فردی، خشنودی و رضایت از زندگی را به دنبال دارد (۳۹).

با توجه به اینکه در حوزهٔ مهارت‌ها و مداخلات معنویت بیشتر به بیماران جسمی پرداخته شده و کمتر به پژوهش‌هایی در زمینهٔ مراقبین پرداخته شده، باید بیان کرد مراقبت از بیماران جسمی و روانی فشارهای زیادی را بر مراقبان وارد می‌نماید و اگر فرد بیمار عضوی از خانواده و به‌خصوص فرزند خانواده باشد سختی‌های مضاعفی را بر پیکرهٔ خانواده وارد می‌نماید و می‌تواند والدین و به‌ویژه مادر را تا مرزهای افسردگی و ناامیدی پیش ببرد که آن‌ها را نیازمند مداخلاتی چون معنویت می‌کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه‌های این پژوهش به مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی است که باید در تعمیم نتایج آن به جامعهٔ پدران احتیاط کرد. با توجه به نتیجهٔ پژوهش حاضر می‌توان آموزش مهارت‌های معنوی را به‌عنوان روشی جهت ارتقای امید به زندگی بر خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی در کلیهٔ مدارس و کلینیک‌های روان‌درمانی و مشاوره مورد استفاده قرار داد و در پژوهش‌های آینده از مداخلات معنویت بر نمونه‌هایی چون مراقبین بهره برد.

منابع

1. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: Savalan. 2018.

2. Taheri M, Pourmohammadrezaye Tajrishi M, Soltani Bahram. Relationship between attachment style and life expectancy in mothers of sons with educable intellectually disability. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 14(1): 24-35.

3. Rassafiani M, Pourmohamadrezatajrishi M, Hemmati S, Dadkhah A, Sahaf R, Jalil-Abkenar SS, et al. Family to family training: theoretical basis and practical example of families having children with down syndrome. Journal of Family Research. 2012; 8(2): 173-82.

4. Milanifar B. Psychology of exceptional children and adolescents. Tehran: Gomes. 2018.

5. Abbasi S, Fadakar Sogheh K, Mehdizadeh S. Effective factors on emotional conditions of families of mentally retarded children under protection of guilan welfare centers. Nursing and Midwifery Care Journal (NMCJ). 2012; 1(2): 35-42.

6. Asnaashari M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and instillation method on increasing the creation of depressed mothers of children with mental disorders. Master's Thesis. Tehran, Alzahra University, Faculty of Educational Sciences and Psychology. 2013.

7. Brandon P. Time away from "smellhng the roses": where do mothers rasing children with disabilities find the to work? Soc Sci Med. 2007; 65(4): 667-79.

8. Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. Academic Press. 2002.

9. Pritchat P. Sustainable optimism: developing deep abilities to manage uncertainty, opportunity, engagement and change. Tehran: Tadbir. 2012.

10. Taylor SE, Brown JD. Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. Psychol Bull. 1988; 103(17): 193-210.

11. Anthony JC. Health psychology. Tehra: Virayesh. 2007; p. 103-5.

12. Dastkhosh S, Hafezi F. Comparison of psychological well-being and life expectancy of mothers of mentally retarded children with mothers of normal children of Ahvaz. Second international conference on applied research in educational sciences and behavioral studies and social injuries. Tehran: Iran Islamic Studies and Researches Soroush Hekmat Mortazavi. 2016.

13. Revheim N, Greenberg WM. Spirituality matters: creating a time and place for hope psychiatric rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2007; 30(4): 307-10.

14. Noori R. Spiritual skills training. Tehran: Tehran University. 2013.

15. Kamari S, Fooladchang M. Effectiveness of spirituality therapy training based on positivity on life expectancy and life satisfaction in adolescents. Journal of Research in Clinical Psychology and Counselings. 2016; 6(1): 5-23.

16. West W. Psychotherapy and spirituality. Tehran: Growth Publishing. 2008.

17. Davis B. Mediators of the relationships between

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]

hope and wellbeing in older adults. Clinical Nursing Research. 2005; 14(3): 253-72.

18. Abolqasemi Sh, Sa'idi M. The effectiveness of teaching coping strategies on islamic stress and mantras on the test anxiety of girls' high school students in Tonekabon. Psychology of Religion. 2013; 5(2): 55-66.

19. Kamari S, Fathabadi J. The role of religious orientation and life expectancy in life satisfaction. J Management System. 2013; 7(28): 159-78.

20. Ghahremani N, Nadi M. Relationship between religious / spiritual components, mental health and hope for the future in hospital staff of Shiraz public hospitals. Iran Journal of Nursing (IJN). 2012; 25(79): 1-11.

21. DiPierro Ma, Fite PJa, Johnson-Motoyama Mb. The role of religion and spirituality in the association between hope and anxiety in a sample of latino youth. Child and Youth Care Forum. 2018; 47(1): 104-14.

22. Tahmasbipour N, Nasri S, Rafieeyazd Z. The relationship between spiritual intelligence, life expectancy, and self-regulation among high school students. Bali Medical Journal. 2018; 7(2): 399-406.

23. Souza ÉN, de Oliveira NA, Luchesi BMb, Gratão ACMc, De Souza Orlandi F, Pavarini SCI. Relationship between hope and spirituality of elderly who are caregivers. Texto Contexto Enferm. 2017; 20(3): 2-8.

24. Oliver Aa, Galiana Lb, Sancho Pc, Tomás JMa. Spirituality, hope and dependence as predictors of satisfaction with life and perception of health: The moderating effect of being very old. Aquichan. 2015; 15(2): 223-33.

25. Rahmanian M, MoeinSamadani M, Oraki M. Effect of group spirituality therapy on hope of life and life style improvement of breath cancer patients. Biannual Journal of AppliedCounseling. 2017; 7(1): 101-14.

26. Salmani F, Azar Borzzin M, Mohammadi M. The relationship between spiritual health and life expectancy in cancer patients. Aflak. 2008; 7(12-13): 41-9.

27. Samadifard H. The relationship between spiritual wellbeing and religious belief with a life expectancy of diabetic patients. Islam and Health Journal. 2015; 2(2): 44-51.

28. Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. The effect of spiritual self-care group therapy on life expectancy in patients with coronary artery disease: an educational trial. Journal of Rafsanjan University of Medical Science. 2017; 15(10): 917-28.

29. Soltani F, Hosseini F, Arab M. Relationship of daily spiritual experiences with life expectancy and death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Cardiovascular Nursing. 2017; 5(2): 6-13.

30. Bolhari J, Ghobaribonab B, Ghahari Sh, Mirzaei M, Raghebian R, Doosalivand H. Spiritual skills training. Tehran: Tehran University. 2013.

31. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 60(4): 570-85.

32. Snyder C, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympson S. The role of hope in cognitive behavior therapies. Journal of Cognitive Therapy and Research. 2002; 24(6): 747-62.

33. Kermani Z, Khodapanahi M, Heydari M. Psychometric properties of Snyder's hopefulness scale. Journal of Applied Psychology. 2011; 5(3): 7-23.

34. Taghizadeh H, Asadi R. Comparative analysis of quality of life in mothers of children with mental disability and mothers of normal children. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2014; 4(2): 66-74.

35. Niaz Azari M, Abdollahi M, Zabihi Hesari NKh, Ashoori J. Effect of spiritual group therapy on anxiety and quality of life among gestational diabetic females. Journal of Religion and Health. 2017; 5(1): 11-20.

36. Baljani E, Azimpour A, Babaloo T, Rahimi J, Cheraghi R. The impact of spiritual counseling in hope of patients with cancer. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2017; 15(9): 696-703.

37. Bakhshizadeh SH, Afrooz GH A, Behpajooh A, Ghobari Bonab B, Shokoohi Yekta M. The effectiveness of resiliency based on islamic spirituality training on marital satisfaction & components of resiliency based on islamic spirituality in mothers of slow pace children. Armaghan-e- Danesh. 2016; 21(5): 492-512.

38. Kaufman AV, Campell VA, Adams JP. A lifetime of caring: Older parents who care for adult children with mental retardation. Community Alternatives. International Journal of Family Care. 1990; 2(1): 39-45.

39. Fathi A, Amrani A. The role and function of religion and spirituality in mental health. Journal of Islamic Insight. 2016; 13(37): 45-66.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.64]